

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

548
N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Maria CADORET

Née le 14 Septembre 1912, à Bielsk-Podl (Pologne).

A PROPOS D'UN CAS
DE DÉPERSONNALISATION
CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE ANXIEUSE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Maria CADORET

Née le 14 Septembre 1912, à Bielsk-Podl (Pologne).

A PROPOS D'UN CAS
DE DÉPERSONNALISATION
CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE ANXIEUSE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	JAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

PCUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.		



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE .
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINFL
LAROCHE (G.) .
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique
médicale.

MM.

BASSET
BROcq
CADENAT
FEY
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clinique
chirurgicale.

MM.

EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
RUPPE		Stomatologie.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de clinique
des maladies mentales et de l'encéphale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de présider cette thèse.*

*Témoignage d'admiration et
de reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER ET DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DUPUY

*Témoignage de notre grati-
tude et de notre dévouement.*

SENTIMENT DE DEPERSONNALISATION CHEZ UNE MELANCOLIQUE ANXIEUSE

S'il y a un sentiment élémentaire, une donnée immédiate, instinctive, qui, à tout moment, chez le normal effleurant la conscience claire, intervient, dans la position et le jugement du moi, par rapport au monde extérieur, c'est à coup sûr le sentiment de personnalité, c'est-à-dire d'une unité limitée, à pouvoir restreint, qui, fortement intriquée dans le milieu social, dépendante, dans une large mesure de ce qui l'entoure, est comme une forteresse toujours investie, jamais occupée.

Ce sentiment primordial, les malades de l'esprit, est-il besoin d'y insister, ne l'éprouvent souvent plus dans son intégrité... Et sans même nous pencher sur les cas trop évidents de désagrégation de la personnalité, avec sentiment de perméabilité, physique et psychique, qui caractérisent certains grands psychopathes, rappelons que des êtres légèrement douteurs, à sensibilité diffuse, à l'écoute des bruits confus de leur vie intime, de cet infini contradictoire et mou-

vant qu'ils découvrent chaque jour, éprouvent des impressions de vide, de néant, d'état intermédiaire entre la vie dynamique et la mort.

Écoutons plutôt AMIEL :

Je suis tout en n'étant pas. »

L'analyse de ce sentiment d'un moi cohérent, base essentielle de toute activité, génératrice de création et d'action a séduit à des titres bien divers : psychologues, psychiatres, poètes... L'extrait d'AMIEL, cité au début de ce travail, est typique : de l'impression indéfinissable, que crée le sentiment de dépersonnalisation chez un être rompu à l'introspection et, disposant de par ses tendances mêmes, d'un très grand nombre d'images, riches, somptueuses mais bien approximatives. Et c'est par une transition insensible, dans l'expression, que l'on passe du plan du doute interrogatif, volontairement dirigé, à celui du délire, puissamment établi, irréductible, qui cherche à caractériser, dans des essais plus ou moins malhabiles : l'indicible lui-même. La même tendance métaphorique, la même recherche dans le détail, le même découragement devant l'incomplétude de la pensée, se retrouvent chez le poète et chez le malade, lorsque, comme sans cette observation, le fond mental reste intact, et le délire limité à l'impossibilité de prendre conscience de soi. L'importance des acquisitions anté-

rieures, le talent ou le génie rendent l'individu plus fin, mais l'un comme l'autre restent insatisfaits : ils ne peuvent se faire comprendre. Et il nous a paru intéressant de noter dans ce cas particulier, que la pensée normale ou sub-normale, était aussi imprécise, dans sa traduction, que la pensée délirante. Cette communauté de difficulté d'expression doit être symptomatique d'un trouble plus profond qui voisin chez le poète et chez le malade nous permettra de mieux saisir la genèse de son délire de dépersonnalisation.

Nous n'avons nullement l'intention d'établir un parallèle rigoureux entre la pensée d'AMIEL; le Poète aimable et traducteur érudit, et celle de notre malade délirante mélancolique : nous nous demandons seulement si l'on ne peut, en étudiant la psychologie d'un être sain et présentant seulement une incapacité, parfaitement consciente, à appréhender pleinement la réalité de son moi, — saisir plus intimement la genèse d'un délire, que beaucoup de traits rapprochent de la psychose fantastique décrite par COTARD.

Et déjà, nous avons noté, combien imprécise était chez le malade, et chez l'écrivain, la nature exacte de ce sentiment de dépersonnalisation.

Ne plus avoir conscience de sa personnalité, c'est méconnaître son moi psychique, son moi physique, en un mot c'est manquer de la notion d'unité mentale

et physique, c'est ne plus avoir conscience de soi-même.

Et la conscience de soi-même, comment l'exprimer : en soulignant, qu'elle est la résultante des données de tous les modes de sensibilité qui concourent au sentiment de réalité physique et de l'appropriation immédiate et extrêmement puissante de tous les phénomènes de la vie psychique.

Ainsi l'individu normal, a le sentiment d'être présent dans tous les modes de la vie psycho-physique.

Ce sentiment de présentification, donnée immédiate, et rebelle à l'analyse, manque, à un certain degré, chez des sujets qui présentant cette faille douteuse, qui véritable anomalie intellectuelle-structurale est caractéristique des états psychasthéniques.

L'activité psycho-physique a un double aspect : à côté d'une activité instinctive, autopraxique et autologique, il existe une véritable activité secondaire, réfléchie, qui elle est autoscopique.

C'est ce mode d'activité psychique qui, en fin de compte, donne au sujet l'impression que c'est lui-même qui vit, qui pense, qui agit. Qu'il y ait un trouble de cette supervision intime et la personnalité tend à ne plus être un tout harmonieux.

Le normal ne met qu'exceptionnellement en œuvre ses tendances autoscopiques. Il lui faut un motif

puissant, pour examiner son comportement de façon résolument critique, pour se regarder vivre, pour fouiller minutieusement toute la série des démarches élémentaires nécessaires à la réalisation d'une tendance, d'un but impérieux.

La faile douteuse du psychasthénique tend au contraire à rendre constant, nécessaire l'usage de l'activité réfléchie. Il y a chez lui un véritable narcissisme moral. Perception ou action semblent toujours incomplètes, tout est incertain, dépourvu de joie, et de tels êtres, par une conséquence logique, ne peuvent, privés de la joie élémentaire de vivre, que s'interroger sur leur moi, sur la signification de leur existence — et leur autoscopie elle-même aussi incertaine que leur activité instinctive tend à s'accrocher à cet examen du moi, qu'elle ne peut parfaire, qu'elle ne peut saisir, appréhender dans une vue synthétique.

En conclusion, que l'activité autoscopique soit perpétuelle; parce que l'activité instinctive paraît, dans son imperfection, sujette à une perpétuelle révision, et que la vision autoscopique elle-même est incertaine, telle est la première donnée, qui nous paraît se être sûre.

Mais, il nous semble aussi, qu'il y a dans la dégradation de l'énergie psychique du douteur, de quoi rendre compte de la non reconnaissance du moi, ce moi imparfait, que l'on examine toujours avec l'espoir

de le trouver meilleur — et que même, dans sa pauvreté, l'on ne peut saisir entièrement.

« Mon privilège, c'est d'assister au drame de ma vie, d'avoir conscience de la tragi-comédie de ma propre destinée et plus que cela d'avoir le secret du comique lui même, c'est-à-dire de ne pouvoir prendre mes illusions au sérieux... et de devoir feindre un intérêt particulier pour mon rôle individuel.

AMIEL. J. INTIME, 64.

Et plus loin :

« Par l'Analyse je me suis annulé. »

Ainsi, dans ces quelques fragments de son Journal intime, il se montre spectateur de lui-même, incapable de saisir la signification profonde de son moi s'associe d'une analyse, et d'une analyse d'autant plus vaine, qu'elle aboutit au néant. Edmond SHERER qui publia le Journal Intime, en y adjoignant une longue notice biographique insiste longuement sur l'étrangeté de la vie d'AMIEL, sur cet énigme, qu'il posait sans cesse aux siens, de possibilités remarquables, et d'une production médiocre, AMIEL fut le contraire d'un réalisateur, et si, dans la vie habituelle, il s'efforçait d'être charmeur, son journal, le montre occupé d'œuvres secondaires, incapable d'oser, en proie à une anxiété latente, doutant de lui et de tout.

Ses confidences inutiles expliquent l'énigme so-

ciale. AMIEL, psychastène, ne pouvait avoir une production harmonieuse et originale... »

Marcelle B... dont nous présentons l'observation aboutit à un sentiment de dépersonnalisation, par une avenue en apparence toute différente, celle de la mélancolie anxieuse.

Et pourtant l'étude plus spéciale de ses antécédents nous montre, entre elle et AMIEL, certaines analogies... structurales beaucoup plus marquées qu'on ne le croirait à première vue.

OBSERVATION

Marcelle B... actuellement en traitement dans le service, présente des troubles psychopathiques faits d'anxiété et de difficulté à intégrer, en une synthèse correcte de la personnalité, les sensations multiples, tant externes qu'internes, qui concourent à établir la notion confuse, certes, mais primordiale d'une unité psycho-somatique, autonome, limitée, isolée dans l'ambiance.

« Je ne sais si je suis morte ou vivante, je ne sais où me situer, je ne sais où me mettre : je ne puis vous faire comprendre. »

L'anxiété et ce trouble si particulier, qui est fait d'une impossibilité à se sentir « soi » de façon pleine et entière, font presque tout le tableau clinique.

Nous nous sommes attachés avant tout dans cette observaion à citer aussi largement que possible les paroles mêmes de la malade.

Certificats. — Agée actuellement de 44 ans, elle entre dans le service le 25 mars 1938 avec le certificat suivant du Docteur BOREL : « Est atteinte d'un état de « dépression anxieuse : « elle est inguérissable ou elle « deviendra une clocharde ». « Elle est la honte des siens, « une ordure ». « Elle ne se sent plus vivre ». Lettres

« annonçant son suicide, il y a 6 semaines. Tentative
« par absorption d'un barbiturique il y a 3 jours, malgré
« surveillance, en maison de santé. Accès analogue il y
a 5 ans ayant évolué en 1 an ».

Le Professeur CLAUDE rédige le certificat immédiat
suivant : « état de dépression avec crises d'anxiété paro-
« xystique et impulsions de suicides réalisées antérieure-
« ment. Antécédents familiaux de suicide. Réactions hys-
« tériques surajoutées ».

I. — HISTOIRE DE LA MALADIE.

La malade avait présenté, en 1933, un épisode de
mélancolie de caractère assez banal ayant duré huit mois
environ. Sa guérison fut complète. La psychose actuelle
débuta en janvier 1938. Elle avait des crises de larmes,
des angoisses, de l'insomnie. Elle exprimait des idées
d'auto-accusation, quelques idées délirantes hypochon-
driaques, et mêmes des idées de transformation corpo-
relle : elle « sentait son cœur battre dans le dos ». Enfin
parlait de se suicider. Même en maison de santé elle réus-
sit, en déjouant toute surveillance, à avaler une quin-
zaine de comprimés de dial. C'est à la suite de cette ten-
tative qu'elle fut internée à la clinique.

II. — EXAMEN.

Examen à l'entrée (25 mars 1938). — La malade,
très anxieuse, par instant, énonce encore des idées d'au-
to-accusation et des idées hypochondriaques teintées par-
fois d'un sentiment de transformation corporelle.

— « Je n'ai ni le courage de vivre, ni le courage de mourir; je suis intenable.

« Je suis une ordure, une saleté.

« Il me passe des hantises, ça me prend bien fort depuis le 15 décembre.

« J'ai des angoisses, c'est affreux. Je serai une clocharde, j'aurai des poux.

« J'ai la hantise de me faire mourir de faim ».

— S'accuse de 11 ou 12 fausses-couches provoquées (nous avons pu établir par la suite qu'une seule était réelle).

Ailleurs la malade dit : « j'ai pensé qu'il me faudrait beaucoup de courage pour revivre, parce que je ne suis solide, ni de mon cœur, ni de mes poumons. Maintenant... dans ma tête, ça déferle comme les vagues sur la grève ».

— Dti avoir la sensation nette de perdre la vue.

L'observation signale que la malade donne l'impression de raconter et de vivre un rêve qu'elle bâtit, « d'être à la fois lointaine et très présente ».

Son récit très imaginaire, n'utilise pas d'élément psycho-sensoriel, mais est bâti sur de pures représentations mentales, du type représentations aperceptives vives.

« On ne reviendra plus jamais. »

D. — Où irez-vous ?

R. — En Italie, au pays du soleil... parce que j'ai été très malade, je sais dans un château...

... « J'ai vu devant la porte du château un fauteuil en fer forgé, je l'ai nettement vu devant mes yeux... »

... Pense qu'elle est à Henri Rousselle pour se soigner

... « Je ne sais pas comment cela a pu se faire. »
« parce que j'avais les nerfs très malades... j'ai entendu qu'on disait là-haut que j'avais contracté une très vilaine maladie... je n'aurai plus la force de me sauver ou de renouer avec le passé parce que je suis trop fatigué. Peu importe !... Ce voyage en Italie aurait fait un trou pour moi...

D. — Vous ne le ferez plus.

R. — « Non, c'est une vision que j'ai eue », la malade reconnaît explicitement le caractère subjectif de ses représentations mentales, et encore plus loin :

... « J'ai vu tellement de choses depuis que je suis ici : c'est ma pensée qui les fait. »

Déjà se précise le caractère indicible de certains états de conscience : « J'ai assisté à des choses que je ne peux pas dire ».

— Le 8 avril, le Docteur MICOUD rédige le certificat de quinzaine suivant :

« Mélancolie anxieuse. Idées d'incurabilité. Auto-dépréciation. Sentiment de vide de la pensée. Panophobie. Impulsions suicides ».

Par la suite, les idées d'auto-accusation se précisent et de plus un sentiment d'infini se fait jour : « Quand je m'arrêterai ce sera fini, c'est pour moi l'enfer pour l'éternité ».

II. — EFFETS DU CARDIAZOL.

C'est à ce moment que se place un traitement convulsivant au cardiazol (8 août 1938, soit 4 mois après son admission).

Dès la deuxième injection la malade semble améliorée, critique par instants et bien imparfaitement, ses idées délirantes. Elle essaie de définir les sensations provoquées par le choc. « J'ai eu une piqûre dans le bras, j'en ai été étourdie, j'ai vu 36 chandelles, j'ai l'impression, que je suis dans les nuages, dans le vide. Pourtant non, puisque je suis là ».

Dans la conversation, quelle nous tient, apparaissent des doutes sur sa personnalité, des idées de transformation corporelle et psychique. Son état habituel semble être un état de dégoût.

La vie pour elle a comme un goût de cendre. Elle manque d'élan vital. Elle a perdu, pour ainsi dire, « l'état de grâce vital ».

« C'est drôle que je puisse pas m'expliquer. » « Je ne sais plus très bien où vont les aliments. Je ne saurais plu coudre. Car il me semble que je n'aurais plus le même état d'esprit, le même plaisir qu'autrefois ».

« Est-ce bien moi qui vous raconte tout cela »... « Il y a certainement quelque chose qui me manque, quoi ? je ne sais plus. » « Il y a une peine en moi immense, indéfinissable. » « Il n'y a pas de mots pour expliquer ce que j'ai perdu. » « Physiquement j'ai bien des bras comme les autres. »

« Il me semble que j'ai la tête triangulaire. » Il me semble que quelque chose en moi se'st rompu. » « Nous subissons des transformations que rien ne peut expliquer »... « J'ai l'impresion que je suis quelque chose de vide. »

« En arrivant ici j'étais humainement fatiguée » —

« Je suis arrivée ici avec la pensée que j'étais morte, que je ne savais où mettre mon corps » — « Je souffre terriblement d'une chose indéfinissable ».

Le traitement est arrêté en septembre 1938.

Du mois de novembre 1938 à mai 1939, il semble se produire une amélioration progressive mais bien légère : elle parle de sa maladie au passé. Voudrait retourner chez elle, ne serait-ce que quelque temps. Elle a gardé une vive terreur du cardiazol.

III. — SORTIE D'ESSAI ET RETOUR.

Une sortie d'essai est autorisée au mois de mai-juin 1939. Elle revient dans le service au mois de juillet 1939, où nous la trouvons toujours anxieuse, et toujours délirante.

Avec une présentation pathétique, théâtrale, avec des expressions métaphoriques, la malade exprime encore plus nettement qu'auparavant des idées d'énormité, d'immortalité. Ces troubles, cette fois, elle les attribue à son suicide manqué et au cardiazol.

— « C'est un crime de faire vivre un être qui a fait une tentative de suicide, un être désemparé, qui a perdu la notion de la vie. On ne peut pas la retrouver, surtout pas avec le cardiazol. C'est une chose atroce, inimaginable : « La première fois qu'on m'a fait du cardiazol, j'avais l'impression d'éclater, de faire éclater la pièce où elle était, d'avoir la tête à Londres et les pieds en Méditerranée. C'est peut-être une impression, mais elle est durable ».

— « Je sais que je ne peux ni vivre, ni mourir, que

personne ne peux m'en sortir », « je ne comprends pas... » — « je suis pire que folle... je suis folle ».

Dans une lettre, nous trouvons l'expression suivante « alors que je me croyais encore vivante ».

IV. — ETAT ACTUEL.

I. — *Présentation* : très anxieuse au début, elle devient plus calme au cours de l'interrogatoire.

L'expression de son regard est variable : tantôt elle suit avec attention les jeux de physionomie de son interlocuteur, tantôt elle devient songeuse, regarde à l'infini, comme absorbée dans une méditation douloureuse.

Dans l'ensemble elle est bien insérée dans le réel. Reconnait bien les objets, les couleurs, sait leur utilité.

Son attention est bonne. Pas de fatigabilité.

Elle n'est pas opposante, et les hésitations de son langage semblent plutôt en rapport avec les difficultés et même l'impossibilité qu'elle a à traduire un état indéfinissable.

Certaines des idées de la série mélancolique passent au second plan : notamment les idées d'auto-accusation.

Les préoccupations hypochondriaques, dans leur forme habituelle, semblent également avoir disparu.

Sont au premier plan les idées de transformation personnelle d'immortalité et d'énormité, mais sous une forme un peu particulière.

A. — *Idées de transformation personnelles* : « Ce serait monstrueux de créer une chose pareille... » —

« Au début, j'ai essayé de m'arracher toute » — « Je pensais être suspendue par le pied et voir les êtres en-dessous ». — « Je n'ai plus jamais eu la sensation d'être une personne réelle ». — « Depuis ma tentative de suicide je pense être transformée, mais je peux quand même dire que je suis, ce qui me concerne » — « J'ai eu longtemps l'impression que je n'étais pas moi, mais je me suis reconnue à une marque à mon pied ».

— « Ce sont les gens en face de moi qui sont vivants et moi qui ne sais plus où je suis située.

— « Il faut me réapprendre à vivre — un visage, me donner un être qui soit propre ».

B. — *Les idées d'immortalité.* Il ne s'agit pas d'immortalité vraie. Elle ne dit jamais qu'elle est immortelle, qu'elle ne mourra pas mais « ce n'est pas une vie, c'est quelque chose d'intermédiaire — on ne peut savoir ce que c'est ».

C. — *Idées d'énormité :* « J'ai l'impression d'être comme une masse obscure ». « Je ne peux pas connaître les limites de mon corps. Je ne connais plus ce que c'est qu'un corps de femme » — « J'ai eu l'impression de vivre dans les autres ».

Le fond mental paraît très peu touché : nous avons déjà indiqué qu'elle est bien adaptée et orientée, que son attention est bonne. Elle ne semble pas présenter, à une analyse un peu poussée, de troubles du cours de la pensée, ce que sa présentation, rappelant celle de certains schizophrènes, aurait pu faire penser. Sa vision men-

tales, son audience sont excellentes. Peut-être pourrait-on penser à l'existence d'un mentisme discret.

Enfin, à aucun moment, on ne peut mettre en évidence de phénomènes hallucinatoires, ni de troubles des perceptions. Seule est un peu diminuée son activité volontaire. Elle ne veut pas travailler dans le service, parce qu'elle ne pourrait pas ». « Elle ne sait plus ». C'est là plutôt une conséquence de ses idées délirantes.

Le syndrome mental semble donc pouvoir se résumer à des idées délirantes, de modification de la personnalité, d'énormité et d'immortalité, expression d'un trouble essentiel portant sur une donnée immédiate de la conscience, trouble qu'elle ne peut définir, et qu'elle cherche à traduire par des métaphores.

A. — *Examen physique.* A l'entrée : en mars 1938, l'examen est négatif, en dehors d'un tremblement digital, menu, très rapide, d'un regard un peu brillant et d'une légère hypertrophie du corps thyroïde. Le pouls était de 76, couchée. Le métabolisme de base n'a pas été fait.

Toute menstruation a disparu, de mars 1938 à novembre 1938.

B. — *L'examen physique actuel* est également négatif. On ne peut mettre en évidence aucun signe neurologique de valeur. Toutes les sensibilités périphériques en particulier, tant à l'entrée qu'à l'examen actuel, semblent normales.

Le tremblement digital a disparu. La glande thyroïde paraît à peine augmentée de volume, le pouls est à 80, la T. A. à 12-8 au Vaquez.

Les règles sont normales, bien qu'un peu irrégulières avec des intervalles de 21 à 30 jours.

V. — LE TERRAIN.

Antécédents héréditaires : hérédité chargée. Grand-père suicidé. Grand-mère maternelle, mère et frère morts d'urémie (ce dernier à 28 ans). Hyponchondriaque. Père bien portant. Premier mari : mort en 1922 de tuberculose pulmonaire. Vit depuis 17 an avec un ami, bien portant.

Antécédents personnels : enfance normale, n'a jamais eu de maladie grave. Une sinusite en 1933. Semble avoir été un élément déclencheur de l'épisode de mélancolie banale signalé à cette date. Entre 1933 et 1938 : a subi plusieurs traitements pour le « corps thyroïde », notamment par de l'hémothéthyroïdine.

Vie personnelle. Née à Paris, y a vécu la majorité de sa vie. Appartient à un milieu assez aisé (son père dirigeait une petite entreprise. Brevet simple à 15 ans (1^{re} au classement du département de la Seine).

Brevet supérieur 1 an après.

Institutrice bénévole pendant la guerre de 1914-1918. S'oriente ensuite vers la sténo-dactylographie, travaille comme secrétaire jusqu'à son mariage, en 1920.

Vie très heureuse (2 ans) jusqu'à la mort de son mari. Elle se remet au travail et, très rapidement, noue des relations intimes avec son ami actuel qui l'emploie dans son industrie, comme représentante en bonneterie et secrétaire.

Du point de vue moral sa vie est assez pénible. Son

ami est marié, a un enfant. Il s'était certes séparé de sa femme, mais la malade veut qu'il continue à s'occuper de son fils. De sorte que tout en habitant et travaillant avec elle, son ami avait une vie en partie double. La malade, très jalouse, en souffrait beaucoup.

Antécédents caractériels. — M... B... a toujours été inquiète, prompte à l'anxiété. Même dans les périodes de grande activité intellectuelle, elle était sujette à des crises d'angoisse... Elle se demandait avec souffrance, quel pouvait être le but de la vie, sa signification, ce qu'il pouvait y avoir au-delà... de la vie de tous les jours. Cette tendance anormale à l'introspection, à l'interrogation sans fin datait, dit-elle, du jour où elle avait perdu un être cher...

Ce fut aussi une enfant rêveuse, jouant peu, elle préférait lire longuement. D'ailleurs, elle voulut faire du théâtre, à quinze ans, et sans qu'aucune tentative de réalisation ait suivi. Idéaliste, trouvant, dans les longues rêveries, un apaisement réel. Marcelle est d'une intelligence supérieure à la moyenne. Dans ses efforts pour nous expliquer ses troubles profondément douloureux, elle montre un souci de la recherche, de la précision, qui étonne vraiment. Elle sait la valeur d'un mot et plus que tout autre mesure d'importance de l'expression exacte.

Ainsi, en dehors de tout épisode morbide franc, Marcelle était déjà préoccupée par ces mêmes problèmes qui torturaient AMIEL. Pas plus que lui, elle n'était sujette à des crises obsessionnelles caractérisées, mais comme lui elle éprouvait l'angoisse de la vie.



COMMENTAIRES

Marcelle B... est donc internée depuis bientôt 26 mois. Elle y est entrée à la suite d'une tentative de suicide, sous la dépendance immédiate d'idées délirantes de la série dépressive que l'on pensait à rattacher au groupe des psychoses intermittentes. Le pronostic d'un tel état semblait devoir être très favorable et la guérison survenir dans un délai assez bref. Pourtant, le tableau clinique restant stationnaire, l'on a cru devoir, en se fondant sur une expérience déjà longue, soumettre la malade à un traitement de choc très énergique, presque brutal : la cardiazolothérapie. Le résultat en fut décevant. Et, en commentant cette observation, l'on doit d'abord essayer de dégager, quelle fut l'action thérapeutique. A-t-elle précipité la cristallisation d'un état en puissance ou doit-elle être considérée comme responsable du tableau clinique actuel, tableau qui évoque malgré tout, un devenir assez sombre. Peut-être est-ce alourdir cette étude, que d'envisager tout d'abord ce premier aspect de la question. Mais puisque, nous voulons mettre l'accent sur

l'importance d'un facteur structural, préexistant, dans la genèse d'un sentiment de dépersonnalisation, n'est-il pas nécessaire d'envisager toutes les éventualités possibles ?

L'action de la thérapie cardiazolique. — VON MÉDUNA utilisa uniquement le cardiazol dans les états schizophréniques. Mais très vite bien des cliniciens le rent intervenir dans le traitement des états dépressifs ou d'excitation, dont la symptomatologie est assez complexe pour mériter en France le qualificatif d'atypiques, états qui d'ailleurs sont qualifiés d'emblée de schizophréniques dans la plupart des littératures étrangères. Puis, le succès vint; les indications de la cardiazolothérapie, s'étendirent aux accès trainants des psychoses intermittentes et c'est ainsi que Marcelle B... fut soumise à la thérapie convulsivante.

On sait combien sont fréquentes les crises d'anxiété intense au cours de ce traitement, et d'ailleurs Marcelle B., éprouva dès le deuxième ou la troisième injection, une terreur invincible : « Il y a des choses qu'un homme ne fait pas... ces piqûres ne sont pas pour des êtres humains. C'est atroce, l'on ne fait pas des chases ainsi ». Par ailleurs l'observation prise au jour le jour note une sensation de transformation très nette dès le début de la médication : « Je me sentais éclater », et plus loin « il me semble que je n'aurai plus le même état d'esprit, le même plaisir qu'autre-

fois ». « Je ne saurais plus ocudre, je ne sais plus bien où vont les aliments ». A un examen superficiel, il semblerait donc que des idées délirantes de transformation mentale et physique se soient installées dès la mise en œuvre de la thérapie convulsivante ou mieux épileptogène.

— Que des sensations ineffables, indicibles naissent d'états thérapeutiques, qui sont très proches de l'épilepsie banale, ne pourrait surprendre, puisque ces états de troubles de la conscience avec sentiment de transformation du moi et de l'ambiance sont si fréquents dans l'épilepsie essentielle elle-même..., DOSTOIEWISKY, comitial typique, ne s'est-il pas acharné à exprimer des états semblables ?

Pourtant, à regarder de plus près les faits, il semble bien que l'on doive écarter l'hypothèse d'une action néfaste de l'agent thérapeutique.

Tout d'abord un argument de fréquence s'impose... Bien des intermittents ont, à notre connaissance, été traités par le cardiazol sans présenter des idées délirantes de transformation de la personnalité.

Et surtout l'étude de la personnalité morbide fournit des indices de l'existence, avant tout action médicamenteuse, des idées délirantes actuelles, à l'état latent, il est vrai.

L'observation au jour le jour, ce qui lui confère

une objectivité indiscutable, nous permet de saisir dès l'entrée, des ébauches d'idées de transformation physique : « Je sentais mon cœur battre dans mon dos... Dans ma tête, cela déferlait comme les vagues sur la grève... Je pense que maintenant j'ai une maladie, qui m'a fait des siens... Personne ne peut me faire vivre ».

Le moi est labile : à certains moments la rêverie presque dirigée, comme dans certains états pré-schizophréniques, a une intensité, voisine de l'onirisme. Témoin le récit du voyage en Italie... Ce n'est qu'à la fin de l'interrogatoire que la malade abandonne la fiction, pour dire : j'ai rêvé...

Ce sentiment de transformation a une racine si ancienne, que si l'on s'en rapporte maintenant aux dires de la malade, l'on apprend qu'elle s'est sentie transformée au moment de sa tentative de suicide, au début tout à fait de sa maladie. Par instant elle accuse une anesthésie^e pré-opératoire, qui aurait été pratiquée avant qu'elle ne tombe malade : « J'ai vu une salle couleur de ciel, j'ai senti que je m'effondrais, que je disparaissais dans la pierre »...

Ainsi il nous semble qu'il y avait chez Marcelle B..., au moins à l'état d'ébauche, un état de dépersonnalisation assez net, pour expliquer l'efflorescence délirante actuelle. D'ailleurs cette manière de voir est parfaitement en accord avec l'enseignement psychiatrique classique. Le choc cardiazolique a peut-être pré-

cipité l'évolution, mais il serait abusif de voir, dans la forme délirante actuelle, une simple fixation de l'état paroxystique, de conscience troublée, qui peut accompagner les manifestations épileptoïdes.

Que le cardiazol n'ait en aucune façon créé le début de M... B..., nous semble donc indiscutable. Reste à savoir si les productions complexes de sa psychose peuvent être ramenées à un thème fondamental et quelle place nosographique il faut assigner à cette psychose.

II. — *Le thème fondamental.* — Marcelle B... emploie pour traduire son état douloureux des expressions très variées : « Elle est écrasée. Elle passe sous les pierres. Elle est morte-vivante. Non, dans un état intermédiaire. Elle ne sait où se situer. Dans sa tête tout déferle comme les vagues sur la grève... J'ai l'impression que je suis dans les nuages, dans le vide. J'ai la tête triangulaire ». L'on pourrait multiplier les exemples.

Si l'on s'en tient à une analyse sommaire, purement symptomatique, l'on peut faire émerger de ce chaos métaphorique quelques thèmes principaux.

1°) *Un thème de transformation corporelle* : tête triangulaire, je suis quelque chose de vide, avec idées d'énormité : « J'avais la sensation que ma tête était à Londres, mes pieds à Rome. Oui, j'étais dans les êtres dans tout ».

2°) Un *thème de négation de l'existence personnelle* : « on ne peut retrouver la notion de la vie même avec le cardiaéol ». « Je ne sais où me situer. Je ne sais si je suis morte ou vivante, je ne sais pas ».

3°) Un *thème à peine ébauché d'immortalité* : je sais que je ne peux ni vivre, ni mourir, que personne ne peut m'en sortir.

4°) Et, de façon inconstante, une *tendance à la négation du monde extérieur* : je n'ai plus rien d'humain, alors je ne puis croire aux êtres humains. Si nous étions sur la terre et que la terre tourne, nous sentirions le mouvement. Donc ce n'est pas la terre. »

Si l'on essaie de pousser la malade, de lui faire préciser ce qui la détermine ainsi à nier le monde extérieur, ou bien à envisager des transformations de sa personnalité, l'on se heurte toujours à cette même réponse : « Je souffre terriblement d'une chose indéfinissable ». « Vous ne savez pas, vous ne pouvez pas comprendre, Docteur ».

Elle admet facilement que nous sommes vivants, qu'une rose est une rose, avec son coloris, son odeur, sa forme, mais elle est étrangère à notre monde, sans que ses perceptions élémentaires, tant internes qu'externes, soient modifiées, sans que sa pensée soit enrayée par un mécanisme étrange, ou soumise à une influence quelconque sans rien enfin qui puisse, pour elle comme

pour nous, nous faire comprendre qu'elle ne se reconnaisse pas.

C'est cette méconnaissance de soi, cette impossibilité à se sentir vivre qui constitue le fond même, l'axe de toute la luxuriance métaphorique qui tend à traduire, à faire comprendre une sensation ineffable de non-être ».

SITUATION NOSOGRAPHIQUE.

I. — Nous avons, au cours de cet exposé, employé souvent le mot d'idée délirante pour caractériser les expressions dont se servait Marcelle B...

II. — Mais à la réflexion, l'on peut se demander dès l'abord, s'il s'agit vraiment d'idées délirantes, c'est-à-dire, comme le veut JASPERS, d'idées fausses, irréductibles, imperméables, entraînant la conviction absolue du sujet. Le doute presque systématique de Madame B..., surtout si l'on tient compte d'antécédents qui révèlent justement une tendance aux obsessions interrogative sur l'au-delà, a une allure obsessionnelle. M. B... n'affirme pas qu'elle est morte ou vivante : elle hésite à se prononcer. Aussi notre analyse s'est-elle à tout moment efforcé de démontrer ce qu'il y a de fondamental, d'absolu dans la notion de changement. L'adhésion du sujet au thème de transformation physique et psychique est absolue : elle doute de ce qu'elle est mais ne doute pas d'être profondément changée.

Ainsi, au mode où nous l'observons, M. B... ne se comporte comme une obsédée, qui se rendrait compte de ce qu'il y a de morbide dans l'impression de changement qu'elle éprouve, mais bien comme une délirante qui affirme avec une conviction absolue, sans aucune lutte, qu'elle n'est plus ce qu'elle était. Et pourtant, et ceci est pour nous fondamental : elle présentait une structure obsessionnelle ancienne.

III. — Ce délire d'incompréhension de la vie personnelle psychique et physique, est monotone, il se rapproche beaucoup de ce que COTARD a isolé sous le nom de délire des négations. Les mêmes thèmes secondaires s'y retrouvent : il n'y a plus de moi. Mais en même temps le moi est immense... il s'étend de Paris à Londres. Tout se passe comme s'il s'étendait de Paris à Londres « par un mystère incompréhensible ». Ce moi qui n'appartient ni à la vie, ni à la mort disparaîtra peut-être un jour... Mais qu'est-ce que la notion de mort signifie, puisque Marcelle B... est à la fois morte et vivante : « l'immortalité dans la douleur », ou plutôt la stabilisation indéfinie dans cet état angoissant et incompréhensible est presque certain.

Enfin, ces idées délirantes s'accompagnent d'une anxiété intense, dont il est bien difficile de dire, si elle est primitive ou secondaire.

Idées de négation du moi — Anxiété, rapprochant

le cas de Marcelle de ceux décrits par COTARD. Par contre, il manque quelques détails au tableau clinique : la négation n'est pas cosmique : elle ne s'étend ni aux êtres vivants, ni à la matière... ». « Je sais que vous êtes vivante, que vous avez vos préoccupations, vos désirs ». « Il n'y a que moi qui ne sait où me situer ». Les idées de damnation sont épisodiques : parfois, la malade dit bien ; je suis en enfer, mais sans y attacher plus d'importance qu'à une métaphore quelconque. Les idées de grandeur manquent totalement ; Marcelle n'est pas le centre du mal. Elle ne parle de sa vie antérieure qu'avec modération et se défend au contraire d'une malade classique d'avoir eu « lorsqu'elle était vivante » toutes les qualités possibles...

L'attitude n'est pas négative : elle n'est ni opposante, ni réticente. Au contraire, elle marque un intérêt très net à l'examen et se prête assez bien aux questions qu'on lui pose. Malgré ces points de détail, nous pensons que l'on est fondé à dire que cette malade présente une forme fruste incomplète du syndrome de COTARD, soit parce que ce cas, est vu à un moment de son évolution, et que l'extension des idées délirantes se fera progressivement comme cela est de règle, soit parce que nous sommes en présence d'une forme plus spécialement pure, parce que réduite à son élément essentiel : la méconnaissance de soi.

IV. — Restait. le syndrome étant situé. à le rattacher à un groupement nosologique plus vaste, plus compréhensif. Et ici l'étude du terrain et le schéma évolutif nous fournissent des indications précises.

LE TERRAIN. — Il s'agit d'une femme hyperémotive. fragile. anxieuse déjà depuis plusieurs années : 1933. époque à laquelle elle fut obligée d'interrompre son travail pendant 8 mois... pour « très fortes angoisses ». Elle présentait d'ailleurs une dysthyroïdie marquée et très probablement des préoccupations hypochondriaques marquées.

Néanmoins. ce ne fut. sur un fond d'hyperémotivité latente qu'un véritable paroxysme. puisque de la fin de 1933. et jusqu'en mars 1938. la malade put mener une vie remarquablement active et productive.

L'évolution : avant de présenter les idées de négation et de transformation qui sont aujourd'hui l'essentiel du tableau clinique. Marcelle B... exprima. comme l'indique l'observation. des idées de culpabilité. d'incurabilité et de la série hypochondriaque. Elle était bradypsychique. présentait des alternances d'abattement et d'agitation anxieuse.

Marcelle B... hyperémotive anxieuse. a fait deux ou plusieurs accès de dépression cyclothymique et le dernier de ces incidents s'est compliqué d'idées de négation. obéissant à la loi formulée par COTARD de

l'apparition de plusieurs accès mélancoliques simples avant que naisse le délire des négations.

On pouvait à certaines phases de l'examen soupçonner l'existence d'un processus schizophrénique en évolution. Ce qui nous avait frappé surtout, c'est le caractère en apparence autistique de la pensée de la malade : lenteur de l'idéation. Association lâche. Tendance à l'abstraction, au symbolisme, mantérisme de l'expression, sont plus apparents que réels. En particulier l'association des idées n'est lâche que parce que la caractérisation verbale d'états de conscience aussi complexes et insaisissables est extrêmement difficile. « Je prendrai une comparaison pour vous faire comprendre... mais vous ne pouvez pas comprendre ».

L'ESSAI PATHOGENIQUE

Nous n'avons à discuter ici qu'un cas particulier du sentiment de dépersonnalisation : dépersonnalisation chez une mélancolique et l'on ne peut essayer d'aborder l'étude psychologique d'un tel état, sans rappeler la conception que SÉGLAS se faisait, de la pathogénie du délire des négations.

SÉGLAS insiste sur l'importance des troubles physiques au début d'un épisode dépressif.

Il estime que ces troubles physiques déclenchent ou modifient profondément la masse des sensations proprioceptives ou coenesthésiques. Les sensations coenesthésiques perturbées « donnent naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne sous le nom de sentiments et d'émotions ».

D'autre part, la coenesthésie troublée en même temps qu'elle est à la base d'un état affectif désagréable, réagit sur la liquidité des opérations mentales, qui sont ralenties, inadéquates, pénibles, les perceptions sont incertaines, l'attention est labile, les souvenirs

sont flous, la synthèse mentale enfin, dans ce qu'elle a de supérieur, d'ultime, est extrêmement difficile. Enfin, dans cette conscience désunie, dont l'activité volontaire surtout est affaiblie, des phénomènes parasites automatiques pourront librement se faire jour.

La gêne des opérations intellectuelles va aggraver la douleur morale, dont l'élément fondamental était lui-même le trouble coenesthésique. Cette douleur morale augmentant va entraîner une véritable anesthésie morale. Toute perception normale est difficile et en même temps inopportune. Et ainsi prendra naissance l'attitude négative.

Ainsi, le malade, soumis à des phénomènes d'automatisme, qu'il ne contrôle plus, éprouvant des troubles coenesthésiques, qui tendent à accentuer sa douleur morale, cette douleur elle-même renforçant l'intensité des troubles coenesthésiques et sensoriels, aura-t-il l'impression d'un changement profond.

Pour qu'il y ait changement d'ailleurs, il faut admettre, et c'est ici le point peut-être le plus original de la conception de SÉGLAS, qu'il y ait un souvenir de la personnalité antérieure au temps « où elle était vivante ».

Il se forme un schéma nouveau, qui coexiste avec l'ancien dans la conscience des malades.

Telle est l'explication fournie par SÉGLAS, de la

genèse du délire des négations, ou du phénomène de dépersonnalisation. D'autres auteurs ont bâti des théories un peu voisines : KRISHABER, FAIVRE, RIBOT admettent des sensations fausses, la conscience étant intacte.

HERTZEN, HARTEMBERG, DILTEY rajeunissant la conception sensorielle du délire des négations. En réalité chez les malades d'HESNARD, pas plus que chez la nôtre n'existaient de troubles objectifs des sensibilités spéciales ou générales.

En ce qui concerne le cas que nous avons envisagé et sans vouloir donner une portée trop générale à cet essai, nous croyons pouvoir formuler une explication, un peu différente.

Marcelle, était marquée de cette faille douteuse, qui a si fortement imprégné la personnalité d'AMIEL. Chez AMIEL même peut-on dire qu'elle semble avoir été plus accentuée, mais AMIEL ne connut pas de grand paroxysme psychopathique. Le graphique de son état psychique semble avoir été régulier, avec de petites oscillations fréquentes, n'affectant pas l'allure générale de la courbe. M. B... a été atteinte par 2 fois d'accès mélancoliques. La première fois l'accès fut bref, mais altéra la conscience du moi, de façon légère il est vrai, pendant quelque temps elle crut vivre une vie étrange et nouvelle.

Le deuxième accès fut plus long. Tout à son début il fut précédé d'une narcose pré-opératoire à laquelle la malade attribue une influence considérable: puis vint l'expérience angoissante du cardiazol, toutes circonstances qui étaient de nature à produire des états originaux de conscience troublée. Et ceci sur un fond douloureux.

Chacune de ces oscillations correspond à un fléchissement de tension psychologique. Alors le doute s'est transformé en conviction. Il a fallu le bouleversement de l'accès dépressif, pour que Marcelle passe d'une inquiétude légère, à une conviction délirante absolue. Mais cette conviction délirante ne se maintient, que grâce à la tendance structurale du doute.

Autrement dit, il nous semble :

Que l'accès mélancolique apportant des troubles nouveaux sur un fond déjà morbide a permis l'efflorescence de l'inquiétude ancienne, en modifiant l'expression : la malade est passée de l'hésitation psychasthénique à la foi délirante.

SÉGLAS, d'ailleurs, avait noté la fréquence « de la dégénérescence intellectuelle » chez ces mélancoliques négateurs.

Ainsi ce rapprochement entre un écrivain et une malade nous a permis de saisir une nouvelle manifestation de la désagrégation des tendances profondes du moi au cours d'une psychose nouvelle.

Nous croyons en outre que cet accès mélancolique s'éteignant, le délire ne demeure que grâce au frein que met la structure antérieure à la pleine connaissance d'un moi, qui tend à reprendre son état habituel.

Et nous n'en voulons pour preuve, que la difficulté qu'éprouvent alors certains malades douteurs à accepter leur guérison au décours d'un très léger accès dépressif .

CONCLUSIONS

I. — Le sentiment de dépersonnalisation se trouve dans beaucoup d'états psychopathiques. Il est la conséquence d'une absence de préhension de la totalité de la personnalité physique et psychique tout au moins dans les états dépressifs; car il semble dans certains délires complexes de nature paraphrénique répondre à un mécanisme différent aboutissant à la méconnaissance paralogique de l'étendue-durée.

II. — Dans le cas de délire de dépersonnalisation lié à un état dépressif antérieur, l'exigence d'une structure psychasthénique paraît avoir une importance capitale. Le sentiment d'incomplétude physique et psychique, l'exercice excessif de l'activité réfléchie nous semblent autant de facteurs qui facilitent lorsque naît l'état dépressif, l'établissement de conceptions délirantes du syndrome de dépersonnalisation. La baisse de la tension psychologique facilite simplement le passage du doute à la certitude délirante.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de Thèse :
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

HESNARD. — Des troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Félix Alcan 1909.

DENYS, et CAMUS. — Sur un cas de délire mélancolique de la personnalité lié à des troubles de la coenesthésie. (*Archives de neurologie*, pages 257-258, Paris 1905).

DIDE. — Introduction à l'étude de la Psychogénèse Ivol-Masson 1926.

DUGAS. — Un cas de dépersonnalisation. (*Revue Phil.* 23^e année, tome 45, page 501-507, 1898).

COTARD. — Du délire des négations. (*Archives de Neurologie*, 1888, 4, page 152.

LEROY. — Sur l'illusion dite « dépersonnalisation ». (*Communication au 4^e congrès international de Psychologie*, août 1900).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv^e
